Aus dem gerichtsärztlichen Institut
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Berg.

Die fahrlässige Tötung des neugeborenen Kindes in Bezug auf § 217 des deutschen Strafgesetzbuches.

*

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit der Medizinischen Akademie
in Düsseldorf

vorgelegt von

Paul Maas
aus Düsseldorf-Rath
Augusta-Krankenhaus.

1935

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei Robert Kleinert, Quakenbrück.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez.: Schmidt v. Elmendorf
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf.

gez.: Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster.

gez.: Berg
1. Berichterstatter.

gez.: Többen
2. Berichterstatter.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Die fahrlässige Tötung des neugeborenen Kindes in bezug auf § 217 des deutschen Strafgesetzbuches.

Im Gegensatz zum gemeinen Mord faßt das deutsche Strafgesetzbuch den Kindesmord als qualifizierten Mord auf und hat ihn mit einer geringeren Strafe belegt als diesen. Während nämlich der Mord mit der Todesstrafe geahndet wird, steht auf Kindesmord im Sinne des § 217 des Strafgesetzbuches eine Zuchthausstrafe nicht unter 3 Jahren. Die Begründung für die mildere Beurteilung liegt in den Tatumständen selbst. So wird das Strafgesetzbuch der seelischen Konstitution der Mutter Rechnung getragen haben. Vor allem ist hier an die Aufregung bei den meist heimlichen Geburten, an die Furcht vor der Schande und die Sorge für das uneheliche Kind zu denken.

Selbst wenn die Tat im Sinne des § 217 StrGB. von der Kindesmutter ohne Ueberlegung ausgeführt ist, bleibt sie immer noch nach § 217 StrGB. strafbar; denn die Handlung besteht lediglich in der vorsätzlichen Tötung, gleichgültig, ob sie mit oder ohne Ueberlegung ausgeführt wurde. Auf der anderen Seite ist die Ueberlegung das Tatbestandsmerkmal, was den Mord als solchen charakterisiert.

Für beide Delikte, nämlich den gemeinen Mord und Kindesmord ist aber Voraussetzung, daß die Tat vorsätzlich begangen ist. Es gibt daher nach dem Text des Strafgesetzbuches keine fahrlässige Verletzung des Tatbestandes des § 217 StrGB. Der Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich ändert den Text des § 217 erheblich ab und sucht ihn dem österreichischen Entwurf anzugleichen, welcher letzteren den Begriff Kindesmord auch auf das eheliche Kind ausdehnt.

Das Thema dieser Arbeit stellt mir nun die Aufgabe, an Hand praktischer Fälle darzulegen, ob ein Tatbestand des § 217 StrGB. vorliegt, oder ob die Annahme einer fahrlässigen Tötung des unehelichen Kindes in oder gleich nach der Geburt näher liegt. Das heißt: Jeder einzelne Fall soll danach geprüft werden, ob im übrigen — unter den Vorausestzungen des § 217 — die fahrlässige Tötung eines Kindes angenommen werden kann.

§ 222 des deutschen Strafgesetzbuches lautet: Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft. Wenn der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre erhöht werden.

Diese Aufgabe erfordert zunächst eine Definition des Begriffes der Fahrlässigkeit schlechthin. Man wird daher diese Definition zunächst einmal allgemein, der Auslegung des § 222 StrGB. entnehmen müssen; dieser § 222 bestimmt für den Täter einer fahrlässigen Tötung eine Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren. Steht diese Definition einmal fest, so wird man dann diesen Maßstab an die besonderen Tatumstände des § 217 legen müssen. Mit anderen Worten: Es ist zu prüfen, wann unter Zugrundelegung des allgemeinen Fahrlässigkeitsbegriffes der Tod eines unehelichen Kindes in oder gleich nach der Geburt als fahrlässig anzusehen ist.

Zum Begriff der Fahrlässigkeit gehört natürlich zunächst, daß dem Täter der Vorsatz fehlt oder dieser nicht positiv feststellbar ist. Für die Unterscheidung zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit wird man folgenden Satz des bekannten Strafrechtslehrers Frank anführen können: Bei dem Vorsatz will der Täter, obwohl er weiß — bei der Fahrlässigkeit will er, obwohl er wissen könnte und sollte.

Fahrlässig handelt der Täter, der die Vorsicht vernachlässigt, die nach den besonderen Tatumständen und seinen persönlichen Verhältnissen geboten war. Daher ist das Maß der gebotenen Sorgfalt und Vorsicht immer nach dem Intellekt des Täters zu beurteilen. Es ist selbstverständlich, daß die fahrlässige Tötung des Kindes auch auf ein passives Verhalten, d. h. auf eine Unterlassung zurückzuführen sein kann. Gerade mit diesen Fällen werden wir uns nach der Aufgabe dieser Abhandlung am meisten zu befassen haben.

Der Arzt, als gerichtlicher Gutachter, hat nun auch in den Fällen, wo die Anklage auf fahrlässige Tötung lautet, auf Grund seines ärztlichen Wissens und seiner ärztlichen Kunst dem Richter die materiellen Unterlagen für die Beurteilung zu liefern. Was nun die Obduktion der Neugeborenen anbetrifft, um die Todesursache festzustellen, so bieten sich der Beurteilung allein aus dem Befund mancherlei Schwierigkeiten. So fand ich bei der Durchsicht der vielen Sekt.-Niederschriften im hiesigen Institut denn oft das Obduktionsgutachten: „Das Kind ist neugeboren, es war lebensfähig, es hat Luft geatmet und geschluckt. Spuren

einer gewaltsamen Einwirkung sind nicht festzustellen.“ Oder es heißt: „Eine natürliche Erklärung für den Tod des Kindes hat nicht gefunden werden können.“ Andererseits handelt es sich auch oft um unbekannte Kindesleichen. Gibt hier der Obduktionsbefund keine positive Erklärung über die Todesursache ab, so wird es wohl oft unmöglich sein, den wahren Grund für den Eintritt des Todes festzustellen. Ohne weiteres wird man sich allerdings mit einem Obduktionsbefund, wie eben erwähnt, nicht begnügen können. So wird auch oft vom Richter die Frage an den Arzt gerichtet, ob der Tod durch Unterlassung des für den Fortbestand des Lebens nötigen Beistandes eingetreten sein kann. Um diese Frage zu beantworten und inwiefern auch die Fahrlässigkeit in Frage kommt, muß der Arzt die näheren Begleitumstände, unter welchen die Geburt stattfand und welche Einflüsse auf das Kind nach der Geburt einwirkten, kennen. Hieraus ergibt sich, daß besonders auch die Nebenumstände in und nach der Geburt bei der Beurteilung von größter Wichtigkeit sind. Der Arzt ist verpflichtet, durch mündliche Unterhaltung mit der Angeklagten sich ein genaues Bild von dem Hergang der Geburt und von der Behandlung des Kindes zu verschaffen. Auf diese Art und Weise wird es erst dem Arzt oft möglich sein, die wirkliche Todesursache des Kindes festzustellen.. So lehrt doch die Erfahrung, daß z. B. der Obduktionsbefund bei Tod infolge von Wärmeverlust wenig Aufschluß gibt. Ist jedoch festgestellt, daß das Kind lange Zeit ohne jede Bedeckung dagelegen hat, so ist die Todesursache durch Wärmeverlust leicht festzustellen. Schon aus diesen Vorbemerkungen folgt, daß der sezierende Arzt dann Schwierigkeiten bei der Begutachtung bekommt, wenn — das ist der häufigste Fall — die Leiche eines irgendwo aufgefundenen unbekannten Neugeborenen ihm vorgelegt wird.

Wir wissen auch, daß uneheliche Geschwängerte oft ihre Niederkunft zu verheimlichen suchen und dadurch, daß sie auf jede fremde Hilfe verzichten, sich und das Kind in Lebensgefahr bringen können. Ob die Verheimlichung der Schwangerschaft als solche schon eine Fahrlässigkeit im oben festgelegten Sinn bedeutet, geht die Ansicht der Wissenschaft auseinander. Nach dem Deutschen Strafgesetzbuch ist sie straflos, während das österreichische Strafgesetz die Verheimlichung der Schwangerschaft schon mit Strafe bedroht. Auch hier wird der einzelne Fall unter Berücksichtigung der Individualität der Mutter und der näheren Umstände zu beurteilen sein.

Eine der beliebtesten Ausreden der wegen fahrlässiger Kindestötung Angeschuldigten ist auch die Angabe, daß sie von der

Geburt überrascht worden seien. Das Kind sei plötzlich herausgestürzt, auf den Boden aufgeschlagen oder wie bei der Geburt auf dem Abtritt, in das Abtrittsrohr gefallen. In diesen Fällen ist oft die Prüfung der Wahrheit der Aussagen sehr erschwert.

So begegnen wir nun den verschiedenartigsten Ausreden der Angeklagten und so gibt es auch zahlreiche Möglichkeiten, die nicht alle hier angeführt werden können. Auch lassen sich hier keine allgemein gültige Regeln aufstellen. In jedem einzelnen Falle, wo die Anklage auf fahrlässige Kindestötung lautet, muß man immer unter Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit der Angeschuldigten und des ganzen Verlaufs der Geburt und der besonderen Umstände sein Urteil abgeben.

Ich habe nun die Akten des gerichtsärztlichen Instituts der medizinischen Akademie zu Düsseldorf nach fahrlässiger Kindestötung durchgesehen und bringe im folgenden mehrere Fälle, bei denen es sich ausschließlich um fahrlässige Kindestötung handelt.

Fall 1.

Die ledige H. war von S. geschwängert worden. Sie wollte ihre Schwangerschaft verheimlichen, da sie bereits schon zwei uneheliche Kinder im Alter von drei und sechs Jahren hatte. Beim Füttern der Kaninchen kam sie nachmittags auf einer Holztreppe, die drei Stufen hatte, zu Fall. Gleich darauf stellte sich bei ihr Uebelkeit ein und sie legte sich alsdann zu Bett. Sie verspürte heftige Schmerzen im Leib. Nach einer halben Stunde wurde das Kind geboren, das eine Viertelstunde zwischen ihren Schenkeln im Bett lag. Da sie sich nicht helfen konnte, rief sie ihr sechsjähriges Kind herbei und gab ihm den Auftrag, eine Schere zu holen. Mit der Schere durchtrennte sie die Nabelschnur und band dieselbe mit einem Stück Leinen ab. Ob das Kind um diese Zeit noch gelebt oder geatmet hat, kann H. nicht angeben. Drei Stunden später stand sie auf, wickelte das Kind in ein Tuch und legte es in ein Kinderbett. Des öfteren sah sie nach dem Kinde und stellte fest, daß es nicht mehr lebte.

Die Obduktion ergab folgendes:

Aeußere Besichtigung: Die Leiche des Kindes hat eine Länge von 44 cm und wiegt 2100 g. Muskulatur und Knochenbau sind kräftig und ausgebildet. Oeffnungen von Ohren, Nase und Mund sind ohne fremden Inhalt.

Die Brust ist gewölbt. Der Leib ist weich. Im Nabel befindet sich ein 24 cm langer Nabelschnurrest, der mit einem Leinentuch abgebunden und dessen freies Ende glatt abgeschnitten ist. Die Nägel an den Händen schneiden mit den Fingerspitzen ab, an den Füßen er-

reichen sie nicht die Kuppen. Am Rücken löst sich die Oberhaut in Fetzen ab und die schmutziggrüne feuchte Lederhaut ist sichtbar.

Innere Besichtigung: Die Fettschicht der Bauchdecken ist 8 mm dick. Die Darmschlingen sind gebläht und liegen vor; der Magen ist nicht sichtbar. Das Zwerchfell steht beiderseits in Höhe der 5. Rippe. In den Brusthöhlen befindet sich kein Erguß. Das Herz ist durch Gas aufgebläht, faulig und von schwarzroter Farbe. Innenhaut und Klappen sind zart. Die Lungen bleiben 2 cm voneinander entfernt. Rechte und linke Lunge sowie ihre einzelnen Teile sind schwimmfähig. In den Luftröhren befinden sich feinblasiger Schaum sowie braunrote schleimige Massen. Die Durchschnittfläche ist gleichmäßig braunrot gefärbt. Auch hier lassen sich ähnliche Massen wie an der Luftröhre abstreichen. Die rechte Lunge fühlt sich ebenfalls schwammig polsterig an. Die Schleimhaut von Zunge und Schlund ist von grauroter Farbe. Fremdkörper sind hier nicht vorhanden. Die Speiseröhre ist leer. Kehlkopf und Luftröhre sind braunrot. Milz ist von weicher Konsistenz und 4 g schwer. Der Magen enthält keine Luft und ist von braunvioletter Farbe. Die Darmschlingen enthalten im Dünndarmteil Gas und dunkles Kindspech. Der Dickdarm ist mit grünem Kindspech gefüllt. Das Gewicht der Leber beträgt 80 g. Die beiden Nieren sind noch leidlich erhalten, Nierenbecken sind leer. Die Schädelknochen sind unversehrt; das Tentorium weist keine Verletzungen auf. Das Gehirn fließt als violetter dünner Brei ab.

Epikrise:

Aus dem obigen Befund geht hervor, daß es ein lebensfähiges, aber nicht ausgetragenes Kind war. Für eine vorsätzliche Kindestötung war kein Anhaltspunkt vorhanden, da der Leichenbefund in dieser Hinsicht keine Verletzungen aufweist und das Kind äußerlich unversehrt ist. Die Fäulnis der Leiche war schon ziemlich weit vorgeschritten, hatte jedoch noch nicht zur Gasfäulnis geführt. Daher gestattet der Leichenbefund noch die Diagnose: „Geatmet". Die Anfüllung des Dünndarmes mit Luft erlaubt ferner den Schluß: Das Kind ist nicht gleich nach der Geburt gestorben, sondern hat noch eine Zeitlang Luft einschlucken können. Es decken sich die Angaben der H. mit dem Obduktionsbefund. Daher ist die Frage der fahrlässigen Tötung zu bejahen. Obwohl die H. von der Geburt überrascht wurde, da sie ja mit ihrer Niederkunft einen Monat später rechnen konnte, mußte sie als Drittgebärende wissen, wie sie sich zu verhalten hatte. Die Zeitspanne, die zwischen dem Eintritt des Uebelkeitsgefühls und der Wehen lag, gestattete ihr immer noch, einen Arzt oder sonstigen Beistand herzurufen bzw. durch ihr Kind herbeirufen zu lassen. Daher muß davon ausgegangen werden, daß sie in der Lage war, für den nötigen Beistand zu sorgen. Statt dessen ließ sie das Kind eine Viertelstunde lang zwischen

ihren Schenkeln liegen und rief dann erst ihre Tochter, um das Kind abnabeln zu können. Das Kind war in die Blutmassen geraten und erstickt. Hierfür spricht die Tatsache, daß in der Luftröhre sich die braunroten schleimigen Massen befanden, die das Kind eingeatmet hatte. Wenn das Kind gleich nach der Geburt aufgenommen worden wäre, so wäre sein Tod nicht eingetreten. Auch war H. bei klarem Verstand, so daß ihr Verhalten in keiner Weise zu entschuldigen ist. Durch ihr passives Verhalten, daß sie nämlich das Kind hilflos zwischen ihren Schenkeln liegen ließ, hat sie sich der fahrlässigen Tötung schuldig gemacht. Sie wurde demgemäß verurteilt.

Fall 2.

Die ledige 27jährige Hausangestellte D. hatte am 21. Oktober 1929 ein Kind im Klosett geboren. Bei ihrer Vernehmung sagte sie folgendes aus: Am Sonntag, dem 20. Oktober 1929, setzten die Wehen in den Abendstunden ein. Sie hielt diese für Leibschmerzen, die in der folgenden Nacht anhielten. Sie verspürte später Stuhldrang und suchte den Abort auf. Nach 2 bis 3 Minuten erfolgte plötzlich die Geburt. Sie merkte dies erst, als die Frucht in den Trichter fiel. Bei dem Fall in den Trichter gab das Kind einen leisen Laut von sich. Sie nahm sofort das Kind aus dem Trichter heraus und brachte es in ihr Zimmer. Sie vermag nicht anzugeben, welche Lage das Kind in dem Trichter eingenommen hatte. D. legte dann das Kind ins Bett und schnitt die Nabelschnur mit der Schere durch. Alsdann deckte sie das Kind vollständig, aber leicht, mit dem Oberbett zu. D. zog sich dann an und ging hinunter in die Wirtschaft, um ihrer Arbeit nachzugehen. In ihrem Zimmer hatte sie sich gewohnheitsgemäß im Dunkeln angekleidet. Als sie hinunterging, bewegte sich das Kind noch, gab aber keinen Laut von sich. Sie arbeitete bis 11 Uhr und ging wieder in ihr Zimmer, um nach dem Kinde zu sehen. Sie hob das Oberbett hoch und faßte das Kind, das regungslos dalag, an. Die Aermchen waren kalt, sie nahm an, das Kind sei tot. Sie ließ das Kind liegen und begab sich wieder zu ihrer Arbeitsstelle. Um zwei Uhr nachts ging sie zu Bett. Sie besah sich das Kind nochmals und stellte fest, daß es tot war. Während dieser Nacht behielt sie das Kind bei sich. Am nächsten Morgen nahm sie das Kind aus dem Bett und wickelte es in eine Schürze ein. Als sie sich in die Küche begab, wurde sie wegen ihres Zustandes zur Rede gestellt. Sie erklärte, sie habe ein Kind geboren, das aber inzwischen gestorben sei. Die Eheleute K. sahen sich das Kind an und riefen einen Arzt hinzu.

D. bestreitet, irgend etwas Strafbares an dem Kinde vorgenommen zu haben. Sie habe das Kind sofort aus dem Trichter genommen, allerdings habe sie dem Kinde, als sie es vom Klosett in ihr Zimmer trug, den Zeigefinger in den Mund gesteckt, um ein Schreien des Kindes zu verhüten, damit die Hausbewohner nicht aufmerksam würden. In ihrem Bett habe sie es zugedeckt, aber nicht so, daß es hierdurch ersticken konnte. Sie gab zu, sich in der Zeit von 6 bis 11 Uhr nicht um das Kind gekümmert zu haben. Die Geburt des Kindes habe sie aus Scham verheimlicht. Sie habe nicht die Absicht gehabt, das Kind umkommen zu lassen, indem sie ihm keine Nahrung gab. Wenn sie das Kind um 11 Uhr, als sie heraufkam, noch lebend angetroffen hätte, würde sie bestimmt der K. von der Geburt Mitteilung gemacht haben.

Der Befund ist folgender:

Aeußere Besichtigung: Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 51 cm lang. Sie hat ein Gewicht von 3100 g. Körperbau ist regelmäßig, Leichenstarre vorhanden. Fäulnisgeruch fehlt. Die Hautfarbe ist allgemein rötlich-weiß. Ausgesprochene Totenflecke sind nicht vorhanden. Der Kopfumfang beträgt 34 cm, der Längsdurchmesser 11 cm, der quere Durchmesser 8 cm. Der Kopf ist mit 2 cm langem Haar bedeckt, keine Geburtsgeschwulst sichtbar. Knorpel an Nase und Ohren fest. Ueber der Mitte des Schlüsselbeins befindet sich eine 3 : 2 mm große dunkelrote Abschürfung der Oberhaut. Die Brust ist gewölbt, der Bauch weich, eindrückbar; im Nabel haftet ein 15 cm langer Nabelschnurrest, dessen freies Ende ausgetrocknet, ziemlich glatt und quer abgetrennt ist. Hoden fühlbar, der After klafft, die Umgebung ist mit Kindspech bedeckt. An Rücken und Gliedern keine Verletzung.

Innere Besichtigung: Die Fettschicht der Bauchdecken beträgt 4 mm. Die aufgeblähten Darmschlingen liegen im Bauch vor. Der geblähte Magen wird von der Leber überdeckt. Das Zwerchfell steht rechts an der 4., links an der 5. Rippe. Die Lungenränder sind bis zur Knorpelknochengrenze zurückgesunken. In den Brusthöhlen befindet sich kein Erguß. In allen Höhlen ist flüssiges Blut vorhanden. Schleimhaut von Zunge und Schlund graurot. Die Speiseröhre ist leer. Der Kehldeckel ist zusammengebogen und dunkelrot. Die Lungen schwimmen auf dem Wasser, sie fühlen sich weich, polsterig an. Die Schnittfläche der Lungen ist dunkelrot, bei seitlichem Druck quillt feinschäumige, rötliche Flüssigkeit hervor. Beim Aufschneiden der Luftröhren findet sich in diesen grauer Schleim, die Schleimhaut selbst ist durchsichtig und hellrot. Die Lungengefäße enthalten reichlich flüssiges Blut. Milz 4:2:1 cm groß, 9 g schwer, von braunvioletter Farbe. Der Magen sowie der gesamte Darm sind schwimmfähig. Nur ein 5 cm langer Abschnitt des absteigenden Dickdarms sinkt unter, während der anschließende unterste Abschnitt wieder gashaltig ist. Im Dünndarm sind schleimartige, weißlich-hellgraue

Massen, im Dickdarm dunkelgrünes Kindspech vorhanden. Die Nieren sind 4:2:1 cm groß, je 7 g schwer und ihre Außenfläche glatt. Die Schnittfläche der Nieren ist graurot und deutlich gezeichnet. Die Harnblase ist leer, ihre Schleimhaut von weißer Farbe. Die Innenfläche der Kopfhaut ist hellrot; eine Geburtsgeschwulst ist nicht vorhanden. Knochenränder an der großen Fontanelle 2 cm von einander entfernt, an der kleinen berühren sich die Knochenränder. Die Schädelknochen sind unversehrt. In den Blutleitern ist flüssiges Blut vorhanden. Die oberflächlichen Gefäße sind bis in die feinsten Verzweigungen hin gefüllt. Das Gehirn ist von weicher Konsistenz. Am Schädelgrund sind keine Verletzungen nachweisbar.

Epikrise:

Die Obduktion hat nun im vorliegenden Falle ergeben, daß es sich um ein ausgetragenes, lebensfähiges Kind gehandelt hat. Da Spuren einer gewalttätigen Einwirkung auf das Kind nicht festzustellen sind, ergibt sich die Frage, welche sonstigen Einflüsse, sei es von seiten der Mutter, oder sei es durch die Geburt selbst, für den Tod des Kindes angenommen werden könnten. Was die Aussagen der D. anbetrifft, so ergeben sich mit dem Obduktionsbefund keinerlei Widersprüche. Das Kind ist in den Aborttrichter gefallen. Eine Geburtsgeschwulst fehlte, es wird also stimmen, daß die Geburt schnell verlaufen ist. Dann legte die Mutter das Kind in ihr Zimmer und kümmerte sich mehrere Stunden nicht um sein Wohlergehen. Hierin ist die Fahrlässigkeit, die auch den Tod des Kindes nach sich zog, zu erblicken. Als Todesursache ist der Luftröhrenkatarrh anzusehen, der zu einer Erstickung des Kindes durch Schleim geführt hat. Statt daß sich die Angeschuldigte um das Kind kümmerte, ist sie zur Arbeit gegangen und hat aus Scham keine Mitteilung von der Geburt gemacht und das hilflose Kind sich selbst überlassen. Die vorsätzliche Kindestötung ist hier zu verneinen, während die fahrlässige Tötung zum mindesten diskutabel ist. Es wird darauf ankommen, welchen Einfluß der Gutachter dem Abwarten der Kindesmutter auf die Entstehung der Bronchitis zumißt. Gewiß wird der Richter es unverantwortlich finden, wenn ein Neugeborener viele Stunden lang ohne Vorsorge gelassen wird. Aber der Mediziner wird sich erinnern, daß beim Neugeborenen eine Bronchitis überraschend schnell tötlich ausgehen kann, und daß wir ihre Ursache nicht ohne weiteres wissen und feststellen können. In diesem Fall ist aber daran zu denken, daß das Kind in den Aborttrichter hinein geboren wurde. Also hat es mit dem ersten Atemzug wahrscheinlich infiziertes Wasser eingesogen. Es hat solange gelebt, daß der ganze Darm luftgefüllt war, also wohl

stundenlang, Zeit genug zur Ausbreitung der Infektion in den Luftwegen.

Das Gericht hat sich auf den Standpunkt gestellt: Wenn die D. sich rechtzeitig in ein Wöchnerinnenheim begeben hätte, dann wäre das Kind nicht in den Abort geraten und es wäre nicht an Bronchitis gestorben. Es hat die Fahrlässigkeit bejaht.

Fall 3.

Die geschiedene Ehefrau H., die ein Kind von 2½ Jahren hat, gebar am 26. 1. ein uneheliches Kind. Sie behauptet, seit August von G. schwanger zu sein. Am 26. 1. kam sie mit G. in ihre Wohnung. Sie bekam plötzlich Stuhldrang und ging auf den Abort. Später ließ sie sich von G. einen Eimer ans Bett stellen und setzte sich wiederholt auf diesen, da keine Entleerung kam. Nach einiger Zeit merkte sie, wie sich etwas aus dem Leib löste. Das Kind ward in den Eimer geboren. G. ging nun aus eigenem Antrieb zum Arzt. H. blieb auf dem Eimer sitzen und war angeblich benommen. Später legte sie sich zu Bett. Als sie nach dem Eimer sah, wurde ihr schwindelig. Der Arzt kam und sah das Kind in dem halb mit Blut gefüllten Eimer schwimmen. Er fand die H. bei klarem Verstand. Die Obduktion ergab folgendes:

Aeußere Besichtigung: Es handelt sich um die Leiche eines neugeborenen Mädchens. Ihre Länge beträgt 42 cm, ihr Gewicht 1800 g. Die Haut ist überall mit angetrockneten Blutresten und Käseschmiere bedeckt. Leichenstarre und Fäulnisgeruch fehlen. Die Kopfhaare sind 18 cm lang. Eine Geburtsgeschwulst ist nicht fühlbar. Der Knorpel an Nase und Ohr fühlt sich weich an. Die Lippenschleimhaut ist graublau, die Zunge liegt hinter den Kieferbögen. Der quere Durchmesser des Kopfes beträgt 7½ cm, der Längsdurchmesser 9½ cm, Kopfumfang 30 cm, Schulterbreite 10 cm, Hüftbreite 7 cm. Der Hals zeigt die natürlichen Falten, Brust ist schmal gewölbt. Bauch flach eingesunken. Im Nabel haftet noch eine 47 cm lange Nabelschnur, die noch in Verbindung mit der vollständigen Nachgeburt steht. Aus dem After entleert sich schwarz-grünes Kindspech. Die Fingernägel erreichen nicht die Kuppen, diejenigen der Zehen ebenfalls nicht. Am Rücken finden sich keine Totenflecke, Verletzungen irgendwelcher Art sind nicht festzustellen.

Innere Besichtigung: Die Fettschicht der Bauchwand ist 2—3 cm dick. Die Leber von braun-violetter Farbe ist sichtbar, darunter die nicht geblähten Darmschlingen, während der sichtbare Magen nicht gebläht erscheint. Zwerchfellstand rechts in Höhe der 4., links in Höhe der 5. Rippe. Die Lungen sind bis zur vorderen Achsellinie zurückgesunken und lassen zwischen sich den Herzbeutel vollständig unbedeckt. In den Brusthöhlen befindet sich kein Erguß. Das Herz enthält in allen Höhlen flüssiges Blut. Linke Lunge außen glatt und von

dunkelvioletter Farbe mit einzelnen punktförmigen Blutaustritten im Ueberzug, sie fühlt sich lufthaltig an, ist ungleich gefärbt, hellrote Stellen wechseln mit dunkelroten ab. Die linke Lunge schwimmt auf dem Wasser. Die rechte Lunge zeigt den gleichen Befund. Die Randteile beider Lungen sind nicht schwimmfähig. Die Schnittfläche ist braunrot. Aus den Querschnitten der Luftröhre läßt sich Schleim, mit Luftbläschen gemischt, ausdrücken. Schleimhaut von Zunge und Schlund ist dunkelgrau-rot. Kehldeckel zusammengebogen, dunkelrot. Hier und da finden sich vereinzelt Schleim und Luftblasen aufgelagert. Der Magen schwimmt, der ganze Darm sinkt unter Wasser. Der Inhalt des Magens besteht aus glasigem, hellem Schleim. Der Dünndarm enthält graugelbes, im unteren Ende dunkelgrünes Kindspech. Der Dickdarm enthält schwarzgrünes Kindspech. Die Leber ist rostbraun, 85 g schwer. Kopf: Innenfläche der Kopfhaut ist graurot; auf dem linken Stirnbein und der Kranznaht findet sich eine 3:1 cm große Blutung. Schädelknochen unversehrt. In der Sichel finden sich mehrere bohnengroße schwarzrote Blutungen. Die Blutleiter sind unversehrt. Ebenso das Gewebe des Zeltes. Großhirn ziemlich weich. Die Rinde ist rötlich-weiß. Blutergüsse finden sich in den Hirngeweben nicht. Gefäßplatte und Adergeflecht sind dunkelrot. In den Hirnhöhlen ist kein Erguß vorhanden. Die zentralen Knoten, der Hirnstamm und das Kleinhirn zeigen keine deutliche Zeichnung.

Epikrise:

Zunächst wäre hier festzustellen, ob die Einlassung der Beschuldigten mit G. mit dem Leichenbefund in Einklang zu bringen ist. Der Obduktionsbefund hat in bezug hierauf ergeben, daß es ein 8 Monate lang getragenes Kind war, das zwar lebensfähig, aber nicht reif war. Als Todesursache sind die Zeichen einer Behinderung der Atmung festgestellt. Das Kind ist im Eimer ertrunken. Nach den Aussagen der Angeschuldigten ist hier in diesem Falle die vorsätzliche Tötung zwar nicht sicher auszuschließen, aber auch nicht beweisbar. Dagegen hat sich die Angeschuldigte durch ihr Verhalten nach der Geburt der fahrlässigen Tötung schuldig gemacht. Sie ist eine Zweitgebärende und man muß von ihr annehmen, daß sie mit dem Geburtsgeschäft vertraut ist. Wenn sie auch anfangs die Wehen falsch deutete, dieselben als Stuhldrang annahm, und von der Geburt überrascht wurde, so war sie doch verpflichtet, das Kind sofort aus dem mit Blut gefüllten Eimer herauszunehmen. Durch dieses Verhalten ist die Fahrlässigkeit gegeben. Ihre Einwendung, sie wäre nach der Geburt benommen gewesen, ist nicht glaubhaft, zumal der sofort hinzugezogene Arzt sie bei klarem Verstand antraf. Gerade dieser Umstand, daß sie so lange Zeit auf dem Eimer verweilte, ohne etwas für das Kind zu tun, ist verdächtig. Sollte sie nicht etwa doch absichtlich das Kind dem Ertrinken

im Eimer überlassen haben? Zu ihren Gunsten darf indessen die eigenartige Geistesverfassung der Gebärenden berücksichtigt werden. In diesem Zustand kann die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, daß die Gebärende sich nicht mehr völlig klar war über ihre Unschlüssigkeit und deren Folgen, womit die vorsätzliche Tötung entfällt.

Fall 4.

Die Kindesmutter L. (II. Para) hatte seit dem 6. 7. 25 Geschlechtsverkehr und verheimlichte ihre Schwangerschaft. Am 14. 4. 26 setzten plötzlich um 11 Uhr Wehen ein. Eine halbe Stunde später erfolgte im Stehen eine Sturzgeburt. Sie hatte allerdings mit ihrer Niederkunft 8 Tage später gerechnet. Sie fing das Kind mit den Händen auf, zerriß die Nabelschnur und legte sich mit dem Kind zu Bett. Zunächst rief sie niemanden herbei. Nach mehreren Stunden wurde ein Arzt hinzugezogen, dem sie erklärte, sie sei unwohl. Dieser sah aber aus dem Bett eine Nabelschnur heraushängen. Auf Befragen des Arztes zog sie dann das Kind unter der Auflegematratze hervor.

Der Obduktionsbefund ist folgender:

Aeußere Besichtigung: Das Kind war weiblichen Geschlechts und hatte ein Gewicht von 2900 g. Seine Länge betrug 52 cm. Die Leichenstarre fehlt. Der Kopfumfang beträgt 33 cm, der quere Durchmesser 9 cm und der Längsdurchmesser 11 cm. Eine Geburtsgeschwulst ist nicht sichtbar. Der Knorpel an Nase und Ohren ist fest. In der Stirnhaut befindet sich ein 2 cm langer dunkelroter Streifen von 1 mm Breite ohne Verletzung der Haut. Die Haut ist nur ein wenig eingedrückt. Der Streifen beginnt an der Nasenwurzel und erstreckt sich schräg nach links oben. Auf der linken Wange befinden sich drei von einander getrennte, etwa erbsengroße hellrote Flecken. Der oberste Flecken liegt am inneren Winkel der Lidspalte und zeigt an seinem unteren Rand eine leichte, gebogene, 5 mm lange Linie, ähnlich dem Eindruck eines Fingernagels. Der mittlere Flecken unter der Mitte des Unterlides gelegen, zeigt ebenfalls an seinem Rande zwei solcher gebogenen Linien. Die Lippenschleimhaut ist trocken und braunrot. Die Zunge überragt nur 3 mm die Kieferbögen. Die Brust ist gewölbt. Schulterbreite beträgt 13 cm, Hüftbreite 9 cm. Im Nabel haftet ein 13 cm langes Stück der Nabelschnur. Das freie Ende ist vertrocknet und zerfetzt. Die Geschlechtsteile sind unversehrt. Der After ist mit Kindspech bedeckt. Die Nägel überragen die Fingerkuppe sowie auch die Kuppen der Zehen. Am Rücken und an den Gliedern sind keine Verletzungen sichtbar.

Innere Besichtigung: Die Fettschicht der Bauchwand beträgt 4 mm. Im Bauch liegt 4 cm breit die Leber vor. Der Magen ist nicht sichtbar. Die Darmschlingen sind nicht gebläht. Zwerchfellstand beider-

seits an der 5. Rippe. In den Brusthöhlen befindet sich kein Erguß. In den Vorkammern ist flüssiges Blut vorhanden. Innenfläche und Klappen des Herzens sind zart. Die Lungen schwimmen auf dem Wasser, sie fühlen sich überall lufthaltig und weich an. Die Schnittflächen sind hellbraun-rot. Beim Druck fließt reichlich feinschäumige, hellrote Flüssigkeit ab. Die Luftröhrenverzweigungen sind leer. Ihre Schleimhaut ist durchsichtig und hellrot. An der Oberfläche beider Lungen befinden sich einzelne Stellen, wo feine Luftbläschen perlschnurartig aneinander gereiht sind. Die Schleimhaut von Zunge und Schlund ist grau-rötlich. Die Speiseröhre ist leer. Schleimhaut von Kehlkopf und Luftröhre ist hellrot, ohne Belag. Die linke Niere ist glatt und braunrot, die rechte Niere ebenso. Innere Geschlechtsteile zart. Der Mastdarm ist mit dunkelgrünem Kindspech gefüllt. Bei der Schwimmprobe schwimmt der Magen auf dem Wasser, während der gesamte Darm untersinkt. Der Magen enthält braun-glasigen Schleim, der mit großen und kleinen Luftblasen untermischt ist. Die Leber ist braunviolett mit gelblichem Inhalt. Kopf: Innenfläche der Kopfhaut ist gelblich-rötlich. Es finden sich auf dem rechten Schläfenbein nahe dem oberen vorderen Rand mehrere bis 1 cm große dunkelrote blutige Durchtränkungen. Ebenso auch einige bohnengroße Blutungen links hinten in der Nähe der Schuppennaht. Die Schädelknochen sind unversehrt. In der Sichel der harten Hirnhaut sind einzelne Blutaustritte vorhanden. Das Gehirn zeigt auf den Schnittflächen eine rötlich-grau-weiße Farbe. Hirnstamm und Kleinhirn zeigen eine angedeutete Zeichnung. An der Grundfläche sind die Schlagadern unversehrt. Die Blutleiter enthalten flüssiges Blut.

Epikrise:

Nach dem Obduktionsbefund handelt es sich hier um ein neugeborenes, reifes Kind, das Luft geatmet hat. Das interstitielle Emphysem unter der Pleura weist auf erschwerte Atmung hin, der Tiefstand des Zwerchfells auf Volumzunahme der Lungen. Man darf deshalb annehmen, daß das Neugeborene an der Luftzufuhr behindert und erstickt ist. Eine natürliche Todesursache ist nicht festzustellen. Ebenso fehlen auch Spuren, die auf eine gewaltsame Tötung hindeuten können. Die Annahme, daß das Kind infolge Behinderung der Luftatmung gestorben ist, findet auch durch die Aussagen der Beschuldigten und des Arztes ihre Bestätigung. Das Kind hatte unter der Auflagematratze gelegen, die natürlich die Atmung behindern mußte. Somit ist die Todesursache als solche hierdurch klargestellt. Es liegt also eine fahrlässige Handlung der Kindesmutter vor, die den Tod des Kindes nach sich zog. Die Kindesmutter mußte wissen, daß der Tod des Kindes in dieser unzweckmäßigen Lagerung eintreten mußte. Da der Kindesmutter die Vorsätzlichkeit ihres Verhaltens nicht nachzuweisen ist, wird man die fahrlässige Tötung bejahen müssen.

So haben wir nun an den angeführten Fällen gesehen, welche Aufgabe dem Arzt bei der Beurteilung der wegen fahrlässiger Kindestötung Angeklagten zufällt. Wie schon erwähnt, hat er nicht allein den Nebenumständen in und gleich nach der Geburt, sondern auch der Individualität der Kindesmutter bei der Beurteilung des einzelnen Falles Rechnung zu tragen. Man soll sich aber auch als Arzt davor hüten, aus jedem Fall der Anklage auf Kindesmord, der schließlich mit Freispruch der Angeklagten endete, eine Fahrlässigkeit zu konstruieren. In dieser Beziehung habe ich eine Reihe von Fällen, die bei den Düsseldorfer Gerichten zur Aburteilung kamen, gefunden, welche anfangs als Kindesmord zur Anklage standen, bei denen aber der Staatsanwalt die Anklage nach § 217 fallen ließ und nur auf fahrlässige Tötung anklagte. Das sind jedoch rechtliche und keine medizinischen Gesichtspunkte, die dabei den Ausschlag geben. Unsere Pflicht ist es nur, dem Gericht den medizinischen Befund an der Kindesleiche zu vermitteln und wie sich dieser mit den Aussagen der Angeklagten und den Zeugen in Einklang bringen läßt, oder wie der Befund diesen widerspricht. Schlüsse daraus für die Schuldfrage zu ziehen, soll der ärztliche Gutachter dem Gericht überlassen. Besonders gefährlich sind bloße Vermutungen über den Seelenzustand der Gebärenden. Wir müssen daran denken, daß der eigentümliche Gemütszustand der unehelichen Mutter in ihrer schweren Stunde schon durch § 217 an sich berücksichtigt wird, daß also leichte Aenderungen des Bewußtseins gewissermaßen als Regelfall angenommen werden. Auf Vermutungen hin darf man kein Gutachten abgeben. Wenn auch von den Angeschuldigten oft behauptet wird, sie seien ohnmächtig geworden oder von der Geburt überrascht, so wissen wir, daß nur der einzelne Fall als solcher und die genaue Durchsicht des Aktenmaterials dem Arzt erlaubt, ein bestimmtes Urteil abzugeben. Es ist auch unsere Pflicht, dafür Sorge zu tragen, daß nicht unrechtmäßig Angeschuldigte für schuldig erklärt werden. In dieser Beziehung ist wichtig, ob die Angeschuldigte eine Erst- oder Mehrgebärende ist. Von der Erst-Gebärenden ist nicht ohne weiteres zu erwarten, daß sie mit dem Geburtsvorgang vertraut ist, während andererseits eine Mehr-Gebärende wissen muß, wie sie die Wehen zu deuten hat und von ihr auch verlangt werden kann, daß sie dem Kind eine richtige Pflege zuteil werden läßt.

An den Schluß meiner Abhandlung möchte ich einen Rat stellen, der mir aus der Vorlesung über gerichtliche Medizin gegenwärtig ist:

Eine Verhandlung aus § 217 und 222 wird kaum je ohne ärztlichen Sachverständigen durchgeführt werden können. Mehr als in anderen Strafsachen ist hier der Arzt der unentbehrliche Gehilfe des Richters. Von seinem sachverständigen Gutachten hängt Verurteilung oder Freispruch ab. Darum soll er sich seiner Verantwortung bewußt bleiben. Fast immer wird der zuerst zugezogene prakt. Arzt als Sachverständiger gehört. Ist er ein junger Anfänger, so wird er in diesen geburtshilflichen und psychiatrischen Fragen noch nicht hinreichend erfahren sein. Alsdann wird er gut tun, sein Gutachten auf seine tatsächlichen Beobachtungen zu beschränken und alles übrige erfahreneren Gutachtern zu überlassen.

Der Gutachter soll darum an die ständige Rechtsprechung des Reichsgerichts denken, welche dahin geht: Schon das Unterlassen jeder Vorbereitung der Geburt erfüllt den Begriff der Fahrlässigkeit.

Wenn also eine Schwangere ihre Schwangerschaft verheimlicht oder infolge ihres Dienstverhältnisses die Geburt ohne Vorbereitung an sich herankommen läßt, wird der Strafrichter sie verurteilen müssen. In solchen Fällen, bei denen es sich um Frühgeburten oder überraschende Sturzgeburten handelt, wird man selbstverständlich nach Lage des einzelnen Falles urteilen.

Gerade in der heutigen Zeit ist den Schwangeren durch die Einrichtung der Familien- und Schwangerenfürsorge genügend Gelegenheit geboten, sich ohne weiteres den nötigen Beistand und Hilfe zu verschaffen. Deshalb ist auch der Standpunkt des Reichsgerichts, wie oben erwähnt, voll und ganz zu billigen.

Zum Schluß habe ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. B e r g für die freundliche Ueberlassung des Themas zu danken.

Literaturverzeichnis.

1. Zeitschrift für Medizinal-Beamte. Herausgegeben von Dr. Otto Rapmund.
   a) Ohnmacht in der Geburt von Prof. F. Strassmann-Berlin. 24. Jahrgang, 1911.
   b) Fahrlässige Tötung eines Kindes in der Geburt. Urteil des Reichsgerichts vom 14. Dezember 1906. 20. Jahrgang, 1907. (2. Beilage Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.)
2. Gerichtsärztliche Geburtshilfe von Heinrich Fritsch. Ausgabe 1901.
3. Reinhard Frank, Strafgesetzbuch, 18. Auflage. 1931.
4. Justus Olshausen, Kommentar zum Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. 1927.
5. Dr. Fritz Reuter, Gerichtliche Medizin 1933.
6. Dr. Eduard R. von Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.
7. L. A. Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Maas, wurde am 28. August 1908 in Krefeld als Sohn des Fabrikanten Hugo Maas und seiner Ehefrau Gertrud geb. Cremer geboren.

Von 1914 bis 1918 besuchte ich die Volksschule in Krefeld, von 1918 bis 1920 das Realgymnasium in Krefeld und von 1920 bis 1928 das Gymnasium zu Krefeld. Ich begann dann mit dem Studium der Medizin an der Universität zu Freiburg, dann besuchte ich die Universität zu München und Rostock. In Rostock bestand ich am 10. März 1931 das Physikum. Vom Sommersemester 1931 ab besuchte ich die medizinische Akademie in Düsseldorf, wo ich am 5. Februar 1934 das Medizinische Staatsexamen ablegte.

Meine Medizinalpraktikantenzeit verbrachte ich bis Juni 1934 an den Städtischen Krankenanstalten in Krefeld und anschließend am Augusta-Krankenhaus in Düsseldorf-Rath, wo ich mich heute noch befinde.